

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA UNIDADE
DE SAÚDE DE PLANÍCIE DAS MANGUEIRAS, NATAL/RN**

Miguel Rogério de Melo Gurgel Segundo

Pelotas, 2014

Miguel Rogério de Melo Gurgel Segundo

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de
Saúde de Planície das Mangueiras, Natal/RN**

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família –
Modalidade a Distância – UNASUS/UFPEL,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Rodrigo de Souza Lázaro

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

S456m Segundo, Miguel Rogério de Melo Gurgel

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde de Planície das Mangueiras, Natal/RN / Miguel Rogério de Melo Gurgel Segundo; Rodrigo de Souza Lázaro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

72 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica
4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Lázaro, Rodrigo de Souza, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pacientes da comunidade assistidos pela unidade de saúde de Planície das Mangueiras.

Agradecimentos

Agradeço a todos da equipe da unidade de saúde de planície das mangueiras que apoiaram e auxiliaram na realização da intervenção e me apoiaram na melhoria da qualificação da atenção na unidade de saúde. Além deles, quero agradecer a todos os pacientes da comunidade que apoiaram meu trabalho e me estimularam a continuar mesmo com as inúmeras adversidades. Também quero agradecer a enfermeira da minha equipe que me ajudou em diversos momentos durante a intervenção e a diretora da unidade que fez o possível para auxiliar o projeto.

Lista de Figuras

Figura 1	Número de estabelecimentos ambulatoriais da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS	16
Figura 2	Ficha SSA2 com os dados da unidade de saúde	18
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	46
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	47
Figura 5	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	48
Figura 6	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	48
Figura 7	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 8	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 9	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	51
Figura 10	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	52
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	53
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	55
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	55
Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	57

Figura 16	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	57
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	58
Figura 18	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	58
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	59
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AP: Área Programática

APS: Atenção Primária de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

CEREST: Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador

DM: Diabetes Mellitus

ECG: Eletrocardiograma

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RN: Rio Grande do Norte

SISREG: Sistema de Regulação de vagas

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNASUS: Universidade Aberta do SUS

USF: Unidade de saúde da família

RCV: Risco Cardiovascular

Sumário

	Apresentação.....	11
1	Análise Situacional.....	12
1.1	Situação da ESF/APS.....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional	14
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e a Análise Situacional	23
2	Análise Estratégica	25
2.1	Justificativa	25
2.2	Objetivos e Metas	27
2.3	Metodologia	28
2.3.1	Ações.....	29
2.3.2	Indicadores	33
2.3.3	Logística	36
2.4	Cronograma.....	39
3	Relatório da Intervenção.....	40
4	Avaliação da Intervenção.....	44
4.1	Resultados.....	44
4.2	Discussão	59
4.3	Relatório da intervenção para gestores	61
4.4	Relatório da intervenção para comunidade	63
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	65
	ANEXOS	69

Resumo

SEGUNDO, Miguel Rogério de Melo Gurgel. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde de Planície das Mangueiras-RN** 72f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas-RS.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Também é a principal causa de morte no Brasil e responsável por uma grande parte das internações no SUS devido a complicações. Juntamente com a diabetes do tipo II que pode surgir isolada ou associada a HAS, pode acarretar diversos problemas de saúde traduzindo - se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Assim, tratam-se de patologias bastante comuns na atenção básica e que levam a problemas graves para a população. Considerando a população adstrita na unidade de saúde de Planície das Mangueiras, em Natal/RN com um total de 4032 pessoas e que atualmente conta com 203 hipertensos e 71 diabéticos cadastrados no Hiperdia, foi proposto obter a melhoria da atenção aos pacientes portadores dessas patologias. Desse modo, utilizando os cadernos de atenção básica como protocolo para a abordagem destes pacientes no sentido de buscar a melhoria da qualidade da assistência à saúde dessa população. Com a implementação dos protocolos obteve uma melhora significativa da adesão aos pacientes bem como da qualificação da equipe para atender a comunidade ao sistematizar o atendimento e registrar de forma adequada os dados através de uma ficha espelho, para cada indivíduo. Isto propiciou um melhor acompanhamento e levou a estruturar a atenção à saúde na unidade.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial. Diabetes mellitus. Atenção primária à saúde

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Com o auxílio da análise situacional e estratégica na unidade básica de saúde (UBS) de Planície das Mangueiras, no município de Natal, Rio Grande do Norte, construiu-se um projeto de intervenção com o objetivo de qualificar a assistência à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Este volume abrange a análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS e as possíveis soluções e potencialidades encontradas no local; a proposta de intervenção, que corresponde à análise estratégica; o relatório da intervenção com descrição das ações desenvolvidas para atingir os objetivos; relatório dos resultados e reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde de Planície se localiza na zona norte de Natal/RN, no bairro de Nossa Senhora da Apresentação. Devido ao sucateamento da assistência à saúde da rede municipal, faltam recursos humanos e materiais. Há 3 equipes divididas em micro áreas (chamadas de A, B e C). No momento todas as equipes são compostas por profissionais médicos e enfermeiros, bem como odontólogo. Mas, percebe-se que as equipes estão desfalcadas, pois encontram-se sem o técnico de enfermagem e sem uma ACS (Agente Comunitária de Saúde). A equipe de saúde da unidade supracitada é composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista e 5 ACS. A área adstrita à UBS possui 3968 pessoas (totalizando 1034 famílias), porém esse dado é de agosto de 2012. Um novo levantamento está sendo feito pela enfermeira e esse número aumentou para mais 256 pessoas, mesmo assim, ainda há famílias não cadastradas (estimativa de 40 famílias), devido a falta de um ACS. Sem esquecer dos pacientes que não pertenciam à área que surgiram após o programa portas abertas que tenta resolver a assistência e o acesso a saúde as gestantes, pacientes com tuberculose e os cadastrados no bolsa família. Porém, há uma demanda reprimida, pois esta área estava há 7 anos sem assistência médica. Outras duas equipes davam apoio a alguns pacientes, como aqueles que estavam no pré-natal ou eram hipertensos e diabéticos. Mas como as outras equipes também estavam saturadas era impossível dar conta de toda a demanda. A tendência observada é de crescimento da área.

Também temos um problema estrutural, apesar da ESF (Estratégia da Saúde da Família) ter seu ambiente próprio, planejado para ser uma unidade de saúde, ela é antiga e subdimensionada, sendo assim, não há sala suficiente para comportar todos os profissionais. As necessidades da comunidade aumentaram, mas não houve investimento na estrutura física da unidade. Deveria haver quatro consultórios médicos, mas há apenas três, pois um foi convertido em uma sala para a administração, que deveria ser junto do arquivo. Há uma sala para os dentistas, uma sala para curativos, uma para o preparo, uma para a farmácia e outra para as

vacinas. Além da copa e um pequeno almoxarifado, há também um espaço para realizar atividades de grupos pequenos, onde inclusive ocorrem algumas disciplinas da universidade que visam à inserção do aluno na APS (Atenção Primária à Saúde). Tem também o grupo de caminhadas que se reúne nesse local.

Em minha agenda atendo à demanda espontânea, hiperdia, pediatria, pré-natal e visitas domiciliares. Além das “urgências” que surgem e por falta de condições tenho de encaminhar, na maioria das vezes para algum hospital próximo.

Quanto ao processo do trabalho das equipes, de uma forma geral, todos se ajudam. Como havia falado antes, os pacientes mais críticos estavam sendo acompanhados pelos outros médicos. A enfermeira sempre vem trazer casos para discutir e de tão sobrecarregada que estava chegou a ficar doente. Quando cheguei para começar o outro médico havia me informado desta situação e só cheguei a conhecê-la após duas semanas quando a mesma regressou da licença médica.

Bem, há também pontos positivos. Os profissionais são bem empenhados para contornar esses obstáculos e fazer um bom trabalho junto com a população. Há o acolhimento realizado pelos ACS. Eles orientam qual o melhor dia para a consulta, ajudam na retirada das fichas e na marcação de consultas.

O principal problema é o excesso de população adscrita na área, isso prejudica o atendimento e dá uma sensação de insegurança a população que nunca tem as demandas atendidas. Infelizmente o bairro é grande e há apenas 3 unidades, às quais não conseguem cobrir toda a área. Infelizmente a gestão usa soluções “mágicas” tentando jogar a população para essas unidades, mas com isso prejudicando o atendimento, pois se dá preferência a produtividade em detrimento a qualidade. Os que eles mais se preocupam são com os números, isso tem levado a uma queda da qualidade do atendimento, pois temos que atender mais pessoas em menos tempo, ferindo a ideia do atendimento integral e longitudinal, pois não temos tempo hábil para escutar o paciente e criar vínculos. Desta forma, prejudica uma visão holística do indivíduo e de suas relações familiares, pois percebo que muitos dos problemas que chegam, quando “escavamos” mais profundamente, vejo que está relacionado as angústias vividas pelo paciente que se transformam em dor.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Natal se localiza na região litorânea do estado do Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil, limita-se ao norte com Extremoz, ao sul com Parnamirim, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com São Gonçalo do Amarante. Natal, capital do estado, possui uma área territorial de aproximadamente 168,3Km² e fica a 30 m acima do nível do mar, numa região cercada de dunas. Abrange na sua extensão ecossistemas de relevância ambiental tais como: estuários, restingas, dunas, falésias, baías, recifes, corais, planícies, entre outros.

Está dividida geograficamente em 36 bairros, distribuídos em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste. O crescimento do município de Natal resultou em uma grande conurbação com os municípios de São Gonçalo do Amarante e Parnamirim, processo comum em centros urbanos em expansão horizontal cujas áreas urbanas se fundem formando um contínuo urbano. Também é uma das cidades brasileiras com maior desigualdade de renda, comprovado através do coeficiente de Gini, que em 2003 assumiu o valor de 0,53, conforme dados do IBGE. Esse índice é o mais alto entre as capitais do país.

A população de Natal, segundo o censo (IBGE,2010), é de 803.811 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 hab/km². As mulheres são a maioria e representam 53% da população total, enquanto que o percentual de homens é de 47%. Isso significa que a razão de sexo é de 88,8 homens para cada 100 mulheres.

O coeficiente geral de mortalidade nos últimos anos não sofreu grandes alterações e tem se mantido em torno de 5 óbitos por cada 1.000 habitantes. A primeira causa de mortalidade em Natal se refere ao grupo de doenças do aparelho circulatório que representou mais de um quarto dos óbitos de residentes no município no ano de 2009. Neste grupo se destacam as doenças isquêmicas do coração, que em sua grande maioria se referem ao infarto agudo do miocárdio e as doenças cérebro vasculares. Vem se constituindo como o primeiro grupo de causa de óbitos em mulheres e o segundo nos homens, com proporção de 30,2% e 22,2% respectivamente. As maiores frequências ocorrem nos adultos com idade igual ou superior a 50 anos.

No município de Natal a rede de Atenção Básica está composta por 55 serviços de Saúde, destes, 37 são Unidades Saúde da Família (USF) e 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. As USF estão organizadas para comportar 116 equipes da ESF (Estratégia da Saúde da Família) o que cobriria 50,7% da população (estimativa 2009).

Do ponto de vista estrutural o município contava em 2009 com 139 estabelecimentos de saúde, dos quais 88 eram serviços próprios. Entre eles: 6 unidades de saúde com pronto-atendimento 24 horas, 5 Policlínicas, 1 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Centro Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI) e 7 serviços de Saúde Mental na rede própria de serviços.

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	0	2	0	-	2
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	5	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	-	-	56	-	56
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	1	2	5	23	31
Hospital dia	-	-	-	1	1
Hospital Especializado	2	2	-	9	13
Hospital Geral	1	5	1	3	10
Policlínica	-	-	5	1	6
Unidade Mista	-	-	3	-	3
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	1	-	10	12
Total	5	12	88	47	139

Fonte: MS, Datasus/CNES

Figura 1: A tabela mostra o número de estabelecimentos ambulatoriais da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS.

No entanto essa rede é insuficiente, devido ao tamanho da população e a demanda dos municípios do interior. Outro problema é a falta de investimentos e o sucateamento das unidades de saúde. Cito como exemplo desse abandono a unidade básica de saúde de Planície das mangueiras, onde encontram-se trabalhando 3 equipes de ESF, no bairro de Nossa Senhora da Apresentação, área urbana de Natal. Cada equipe possui um médico, uma enfermeira, 2 técnico de

enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal (ASB), além de 5 agentes comunitários de saúde (ACS). Apesar de ser uma estrutura planejada para ser uma UBS apresenta sérias limitações, pois não há salas suficientes para todos os profissionais fazerem atendimentos, além disso a unidade se encontra bastante desgastada e com infiltrações que podem comprometer a infraestrutura. Também há carências de recursos humanos como a falta de ACS e de profissionais responsáveis pelo arquivo. Algo que tem ajudado a superar essas dificuldades tem sido o vínculo com a UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), que tem turmas assistindo aulas em disciplinas com objetivo de introduzir o aluno desde cedo na atenção básica. Trata-se de atividades interdisciplinares com curso de várias áreas da saúde e a cada encerramento os acadêmicos tem de realizar uma intervenção para ajudar a comunidade.

Outro fator que tem dificultado a assistência adequada a comunidade é o excesso de população adscrita na área da unidade que tem gerado uma demanda reprimida. Pois só na minha área temos uma população de 4032 pessoas, sendo 1896 homens e 2136 mulheres, como descrito na tabela abaixo, além disso devido a demanda de pacientes fora de área isso tem se agravado, gerando uma demanda maior que a unidade pode abarcar, segundo dados da secretária de saúde há aproximadamente 50 mil pessoas sem cobertura no bairro por qualquer unidade de saúde. Associado ao problema estrutural, isso tem gerado ansiedade na população e levado a um atendimento inadequado. Faltam investimentos e apoio da gestão para resolver, de forma contundente, os problemas estruturais e de recursos humanos, além de ampliar o número de equipes de ESF para abranger a população descoberta.

A figura 2 mostra a população total da área adscrita à USF de Planície, distribuída por sexo, faixa etária e micro área.

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
M A S C U L	< 1	01	02	03	03	05	04					18
	1 - 4	15	17	24	12	21	38					124
	5 - 6	09	06	12	10	09	13					59
	7 - 9	09	07	21	17	16	22					92
	10 - 14	22	22	26	22	29	38					159
	15 - 19	49	20	23	28	31	35					186
	20 - 39	135	80	116	86	117	153					687
	40 - 49	49	49	44	62	35	69					308
	50 - 59	19	24	17	31	17	37					145
	60 ou mais	28	10	20	11	22	24					115
	SUB-TOTAL	336	237	306	282	302	433					1.896
F E M I N I N O	< 1	04	02	02	02	05	04					19
	1 - 4	20	12	27	14	18	23					114
	5 - 6	07	07	11	09	15	19					68
	7 - 9	12	08	14	13	10	22					79
	10 - 14	25	20	31	28	28	42					204
	15 - 19	38	24	38	22	20	51					193
	20 - 39	88	77	126	96	120	217					724
	40 - 49	40	54	53	55	41	79					325
	50 - 59	30	25	22	23	30	32					162
	60 ou mais	25	27	28	16	30	32					158
	SUB-TOTAL	289	256	442	278	320	551					2.136
TOTAL		625	493	748	560	622	984					4.032

Figura 2

Fonte: Ficha SSA2

Muitas reuniões já foram feitas para tentar reduzir alguns problemas, por exemplo, já se faz rodízios de sala enquanto algum profissional está fazendo visita domiciliar ou quando está realizando uma atividade educativa com a comunidade em outro espaço. Como são três equipes o número de consultórios está inadequado, pois uma das salas foi desativada para se tornar a sala da direção, regulação dos exames e encaminhamentos para especialistas. Falta um espaço para estudos ou reuniões, adequado. Há momentos em que a unidade fica tão cheia de pessoas, que fica difícil entrar na mesma para chegar às salas. Mesmo nessa situação, o gestor cria mais demandas para as unidades, pois há muitas pessoas que realmente necessitam de atendimento, mas não têm cobertura de qualquer serviço de ESF, assim, “jogam” a população nas unidades mais próximas criando um problema ainda maior, pois não há como atender essa demanda, deixando a população adscrita insatisfeita, a população fora da área sem assistência adequada e os profissionais sobrecarregados e estressados. Muitos funcionários tem adoecido em decorrência

disso, ficando de licença médica e gerando mais sobrecarga para os demais que ficam.

Infelizmente falta estrutura adequada, falta apoio da secretaria, faltam recursos humanos e tudo isso tem gerado problemas em cascata, pois a população não tem suas necessidades resolvidas levando à doenças que, inicialmente, podiam ser tratadas, evitando evoluírem para formas graves, como os inúmeros pacientes sequelados em decorrência de acidente vascular cerebral, mas que antes eram apenas hipertensos e não tinha sua doença controlada ou faltava a medicação para tratá-los.

Apesar das dificuldades as equipes têm se mantido unidas e não há conflitos que atrapalhe o processo do trabalho na unidade. Cada equipe tenta resolver os problemas dos pacientes de sua área, mas se alguma pessoa precisa resolver algo urgente na unidade as outras equipes tentam ajudar no que podem. A jornada de trabalho é de 40h, mas nas sextas-feiras sempre são feitas reuniões com vários objetivos, dentre esses estão a organização da demanda, avaliação do acolhimento, organização das demandas burocráticas da secretaria de saúde, dentre outras.

Sempre surgem sugestões para serem testadas com o intuito de melhorar. Por exemplo foi criado o “posso ajudar” que é uma iniciativa para acolher os pacientes e orientar para melhorar o fluxo destes pela unidade, além de tentar resolver os problemas mais imediatos, mas os problemas estruturais inviabilizam. Também foi feito uma escala para dividir essa tarefa, mas devido problemas de saúde de alguns funcionários a escala já está incompleta e a ideia já não funciona a contento. Outra ideia que não foi implantada, por exemplo, foi a instituição de grupos para populações com problemas específicos como hipertensos e diabéticos para educar e promover saúde evitando apenas resolver as doenças através da medicalização das pessoas.

A grande questão que tem elevado o estresse dos profissionais é o excesso de pessoas que procuram a unidade e, infelizmente, nem sempre é possível resolver o problema de imediato. Porém, isto tem gerado insatisfação e confusões recorrentes. Apesar das inúmeras tentativas de se melhorar nesse aspecto, sem ajuda da gestão e sem investimentos fica difícil encontrar uma solução. Para agravar

a situação o número de pessoas tem crescido o que leva a piorar a precariedade do atendimento. Isso já foi relatado a secretaria de saúde, mas esta ignora o fato e não dá o apoio necessário, não há perspectiva de melhorias o que tem gerado bastante ansiedade entres os funcionários e desestímulo pela falta de apoio.

Dessa forma a população que vem com uma demanda espontânea não é atendido de forma adequada, pois devido ao excessivo número de pessoas, temos de priorizar os que mais necessitam, por exemplo os idosos. O programa “posso ajudar” tinha o intuito de acolher essa demanda e orientar o fluxo na unidade dessas pessoas, mas como ele tem tido dificuldade de funcionar ainda temos tido problemas de resolver tudo. Pois além de nossa população adscrita temos as pessoas que não estão cobertas por qualquer ESF e assim ficam desassistidas e procuram a UBS, mas devido ao grande número de usuários que temos fica difícil ajudar a todos. Todos sabem que essas pessoas sem assistência têm direito ao SUS, mas como garantir isso em um cenário no qual não resolvemos nem a demanda das pessoas da nossa comunidade? Além disso, o maior obstáculo está na falta de apoio da gestão em mudar esse cenário.

Isso tem sido bem visível na atenção à saúde da criança. Basicamente esta assistência se restringe à vacinação e as consultas de puericultura, pois devido ao grande número de pacientes, temos a oferta de atendimento para esse público diminuída. Também, devido a falta de medicações adequadas para as crianças o tratamento prescrito não é seguido levando aos pacientes retornarem repetidas vezes para tentar resolver os seus problemas. Faltam fármacos básicos para o uso do dia a dia das patologias mais encontradas (falta até sulfato ferroso), como antibióticos simples ou medicamentos para a diabetes, como a insulina. O que tem diminuído bastante esse problema é o programa farmácia popular que quando não oferece o medicamento de graça, oferta sob um preço bastante acessível. Também há limitação da quantidade de materiais para curativos, para coleta de preventivo, luvas, anestésicos, etc. deixando muito restrito a atuação da UBS. Em geral orienta-se o paciente a procurar em outras unidades de saúde os materiais e fármacos de que precisa ou é sugerido ir na secretaria para conseguir resolver a situação dos medicamentos dos quais necessita.

Como reflexo dos problemas descritos nos parágrafos anteriores, não tem sido possível organizar e seguir os protocolos preconizados pelo ministério da saúde, pois atuamos como “bombeiros” tentando resolver os problemas mais imediatos e deixando a prevenção e a promoção a saúde em segundo plano. Assim, não temos um monitoramento adequado da assistência à criança e temos dificuldade em executar o que foi planejado. Apesar disso, há um aspecto positivo, pois os pacientes sabem que tem alguém a quem recorrer, embora nem sempre possamos ajudar em tudo.

No cuidado às gestantes a cobertura está insuficiente, pois devido a grande população e falta de ACS, não se consegue cobrir de forma adequada nem rastrear a contento como por exemplo pacientes com hipertensão. Além disso, ainda há gestantes sem cobertura e como a unidade em questão é a última da região, muitas delas acabam acessando-a. Sendo assim, tenho mais 13 gestantes fora de área. A equipe já levou essa situação à secretaria de saúde, mas esta é incapaz de solucionar os problemas de forma adequada. Da mesma forma que os indicadores de saúde infantil estão insuficientes, a atenção a gestante também é incompleta, pois não consegue dar conta da demanda. Dessa forma muitas começaram o pré-natal atrasadas gerando um problema em cascata, pois tem menos tempo para fazer exames e menos tempo para realizar consultas. Mas apesar disso tem sido possível organizar a demanda e manter muitos registros atualizados. Porém, há ainda muitas gestantes “escondidas” que ainda não fizeram o beta HcG e portanto nem sabem que estão grávidas. A busca ativa não é feita pela falta de recursos humanos para ir ao encontro das mesmas devido a outras demandas mais urgentes como os pacientes acamados, deficientes ou idosos.

Para tentar garantir a qualidade do atendimento, a equipe utiliza o caderno de atenção a saúde no pré-natal, fornecido pelo ministério da saúde. E como existem muitas gestantes fora de área é feito o registro em um livro Ata com os dados de cada gestante. Basicamente, realiza-se o pré-natal das mulheres, inclusive com atendimento odontológico, seguindo as orientações estabelecidas no caderno de atenção à saúde do pré-natal e puerpério. Ainda não foi possível implementar a criação do grupo de gestantes, devido a alta demanda.

Prosseguindo na análise da situação da UBS, olhando para os indicadores em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, evidencia-se o desafio de manter a qualidade e a cobertura em um aspecto importante a saúde da mulher, seguindo o protocolo orientado pelo ministério da saúde. Mas tem sido alcançado devido a iniciativa de muitas mulheres em realizar os exames por via particular mesmo que tenham de pagar ou procuram outros serviços para conseguir os mesmos. Infelizmente, o município não consegue oferecer uma assistência adequada para o rastreio de ambos e portanto muitas mulheres têm de recorrer a serviços particulares para conseguir realizar os exames. Geralmente única intervenção feita nesse sentido é educar, individualmente, as pacientes para o cuidado com sua saúde quando procuram o serviço. Há um mês o serviço retornou com a coleta de preventivo obtendo boa aceitação e procura pela população para atualização dos exames. O registro é feito no próprio prontuário da paciente.

Algo importante a ser ressaltado é a falta de medicações anti-hipertensivas na UBS. Muitos pacientes hipertensos e diabéticos têm de recorrer a farmácia popular para conseguir os fármacos, possibilitando o uso contínuo, adequadamente. Com essa dificuldade muitos pacientes do Hiperdia ficam desestimulados em seguir o tratamento e faltam às consultas. Para estes sempre realizamos a busca ativa através dos ACS. Outro fator relevante decorre de há 7 anos a população da área ficou sem assistência médica na unidade e por isso muitos pacientes hipertensos e diabéticos estavam sem diagnóstico e, portanto, desconheciam o seu problema. Em geral, os atendimentos são realizados em todos os turnos. Várias vezes foram observados pacientes que procuram consulta alegando outras queixas e no momento de aferição da pressão arterial estavam com níveis elevadíssimos, alguns com lesões em órgão alvo como alterações renais, por exemplo.

Como já exposto, o excesso de população da área tem reduzido a qualidade da assistência a esse grupo de risco. Entretanto, organizou-se uma agenda paralela para estes pacientes não ficarem sem assistência. Por este motivo, ainda não conseguiu-se fazer um monitoramento adequado em relação a assistência desses pacientes. A única atividade que se consegue oferecer nesse aspecto é um grupo de

caminhadas. Além de beneficiar os pacientes do hiperdia, outros usuários também participam da prática de atividades físicas regulares e essa ação tem estimulado bastante a população a adquirir hábitos mais saudáveis. Como os demais programas usamos os protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde.

A equipe ainda não conseguiu organizar o grupo hiperdia devido o problema do excesso de demanda, mas tentamos estabelecer algumas ações educativas para esses grupos em especial aos idosos, devido a sua vulnerabilidade. Apesar dos problemas estruturais e de recursos humanos, a assistência ao idoso tem sido priorizada através da marcação da consulta com o ACS para evitar que o paciente pegue fila e, com isso, tentar amenizar os problemas dessa população com diversas fragilidades, portanto, facilitar o acesso não deixando-o desamparado. Porém, ainda não temos um protocolo adequado para estabelecer uma melhor assistência. Muitas reuniões têm sido oportunizadas pela equipe aos hipertensos e diabéticos discutindo a atenção a saúde e, para escolher um critério para identificar com mais acurácia o problema do idoso. Uma ferramenta útil tem sido a visita domiciliar que tem ajudado a descobrir fatores que pioram a saúde destes pacientes como a falta de apoio familiar, más condições de higiene, erro de alimentação, etc.

Além das consultas e das visitas, é feita a coleta de exames em domicílio e a vacinação para estimular que o idoso cuide de sua saúde ao facilitar o acesso dos serviços da unidade para ele. O principal problema que está em pauta de resolução é a questão do registro dos dados. Já está se organizando uma planilha com os dados desses pacientes para facilitar a sistematização das ações, porém isso ainda está em processo de construção e organização.

Por fim, vejo nos profissionais da UBS a união como um forte aspecto positivo que tem sustentado o funcionamento da unidade e mesmo diante das dificuldades expostas a população tem sido atendida e a maioria dos problemas tem sido resolvidos.

Dessa forma, a visão antes e depois da análise situacional foi perceber diversos fatores que, apesar da falta de apoio da gestão, podem ser resolvidos localmente com ideias simples como o “posso ajudar” e a melhoria na qualidade dos registros que fazemos para poder estabelecer ações para a população. Alguns

aspectos ficaram mais evidentes, como a necessidade de sempre planejar antes de realizar algo, para focalizar na raiz dos problemas relatados. Mas será necessário mais do que 3 meses, tempo no qual atuo em Planície das Mangueiras, para resolver parte dos problemas já citados. Outros só serão solucionados com uma revolução na gestão da saúde do município. Há muito o que se melhorar, mas isso só será feito com um trabalho contínuo ao longo do tempo.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A primeira percepção ao comparar ambos os textos é a semelhança entre os mesmos, principalmente no que diz respeito ao grande número de pessoas adstritas a unidade de saúde e a pouca infraestrutura para atender essa demanda. Esses dois fatores formam uma constante durante todo o ano e representaram o principal desafio para a intervenção que ocorreu.

A principal diferença encontrada entre ambos foi o fato de que na análise situacional já havia uma maior vivência no posto de saúde, além de uma relação mais profunda de entrosamento com a equipe, permitindo entender a dinâmica do funcionamento e do processo de trabalho. Também foi possível entender a dinâmica da formação da equipe e a relação desta com a comunidade e como a falta de médicos na área fez com que a população se afastasse da unidade de saúde. Algo que mudou radicalmente com a chegada do médico, pois a demanda aumentou exponencialmente e como já havia pontuado não tinha uma estrutura adequada para atender a todos de forma adequada. Outro ponto relevante foi a sinergia sentida com a equipe ao longo do convívio, cotidiano, nas reuniões, o que no começo não foi perceptível.

Isso foi a grande evolução entre um momento e outro, pois permitiu estabelecer uma ótima sincronia de trabalho que foi crucial para estabelecer a intervenção.

Além disso, com o desenvolvimento do trabalho, tanto dentro da unidade, quanto em ações extramuros, por exemplo visitas domiciliares, foi possível conhecer

melhor a comunidade adscrita à UBS. Com isso a percepção sobre os problemas foram tomando formas mais precisas a medida que o tempo passava.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com os cadernos da atenção básica a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Assim também é o Diabetes Mellitus, que configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo - se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Assim tratam-se de patologias bastante comuns na atenção básica e que levam a problemas graves para a população. Considerando a população adstrita com um total de 4032 pessoas e que atualmente conta com 203 hipertensos e 71 diabéticos, mas deve haver muito mais que ainda não foram diagnosticados. Principalmente aqueles pacientes hipertensos que por serem na maior parte do seu curso assintomáticos, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos¹. Além disso há a necessidade de se melhorar a qualidade da

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

assistência a essas pessoas para adequar a assistência às necessidades e aos problemas desses pacientes. Desse modo, pretendo ampliar a implementação de atividades de promoção a saúde, como as orientações sobre mudanças no estilo vida com estímulo a uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Estimular a adesão ao grupo de caminhadas que já se encontra regularmente na unidade durante 3 dias na semana e ampliar a adesão das pessoas a esta atividade. Criar um grupo para hipertensos e diabéticos para estimular a troca de experiências entre os pacientes para que percebam que os problemas que os afligem não são só deles.

Porém devido ao grande número de pacientes adstritos e a falta de apoio da gestão, ainda há por vir grandes desafios para concretizar essa proposta, principalmente pelo fato de sempre ocorrer falta de medicamentos, mesmo na farmácia popular, pois várias se desvincularam do programa. Além disso, a saúde municipal encontra-se em estado de calamidade pública². Mas com o apoio da equipe que é muito participativa e colaborativa acredita-se na superação de parte desses desafios encontrados, principalmente no que tange ao encontro e busca dos pacientes faltosos ou que não querem se tratar. Também sei que o apoio da equipe será crucial para divulgação das atividades educativas e de promoção da saúde para a comunidade.

Dessa forma enfatizo a importância da intervenção na comunidade, pois se trata de um problema que envolve grande parte da população, acomete uma grande faixa etária e atinge ambos os gêneros da população e caso não seja cuidado da forma correta pode levar a complicações graves, como perda da função renal, infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares. Além disso, já há um trabalho sendo feito na unidade para esses pacientes, na medida do possível. Dessa forma não se partirá do zero, mas de uma base que deve ser ampliada e melhorada, através do trabalho conjunto da equipe com o intuito de incluir mais pessoas e melhorar a qualidade do acesso e do atendimento a esses pacientes que tanto precisam de uma boa assistência a sua saúde.

² NATAL(Município). Decreto n ° 10.032, de 30 de julho de 2013. Decreta Estado de Calamidade Pública na Rede Municipal de Assistência à Saúde. Diário Oficial [do Município de Natal], Natal, RN, Nº. 2574 31 de julho de 2013. p.1

2.2 Objetivos e Metas

De forma geral o principal objetivo dessa intervenção será a melhoria da assistência a atenção ao paciente hipertenso e/ou diabético que está na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Dessa forma busca-se evitar as complicações próprias dessas patologias como os eventos cerebrovasculares que levam a sequelas graves e muitas vezes irreversíveis ao indivíduo e aos familiares próximos. Assim, os principais objetivos (enumerados de 1 a 6) e as respectivas metas a serem alcançados são:

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

- Cadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Cadastrar mais 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

3. Melhorar o registro das informações

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter ficha de acompanhamento de 1000% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

6. Promoção da saúde

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Para atingir os objetivos supracitados serão utilizadas várias ações para obter êxito, bem como se utilizará de vários indicadores para avaliar a evolução da intervenção. Assim, serão feitas várias reuniões para discutir o projeto e treinar todos os profissionais envolvidos na intervenção para que compreendam todas as atribuições específicas e demais responsabilidades. Buscar apoio junto a gestão municipal para viabilizar alguns dos itens necessários para qualificar o atendimento, como por exemplo exames complementares e medicamentos para a farmácia da unidade de saúde. Ademais, fazer busca ativa daqueles pacientes mais resistentes ao tratamento, bem como os faltosos, orientando-os sobre a importância do

autocuidado com a saúde, criação de um grupo para discutir as vivências de cada paciente e de que forma a doença afeta o seu cotidiano e sua percepção sobre a saúde.

Pretende-se, além das propostas supracitadas, expandir o número de pacientes cadastrados no Hiperdia, produzir informações, coletar e analisar os dados relativos aos cuidados a estes usuários e articular estratégias no sentido de melhoria da assistência, desenvolvendo ações de promoção da saúde e a prevenção de agravos, estimulando a alimentação saudável, a prática de atividades físicas e a cessação do tabagismo.

Assim, buscando tornar a assistência da unidade de saúde menos burocrática e mais acessível à população e evitando a baixa adesão ao tratamento das pessoas à doenças que podem levar a diversas complicações.

2.3.1 Ações

Ampliação da cobertura

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através de avaliações semanais a partir da ficha espelho de cada paciente.
- Organização e Gestão do Serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa com revisão dos prontuários paulatinamente durante todas as semanas da intervenção, orientando os ACS para sempre que encontrar uma ficha desatualizada fazer a busca pelo paciente para marcação de consulta. Estruturar um programa de busca ativa para encontrar não só os pacientes faltosos, mas identificar pacientes com possível risco de desenvolver as doenças do Hiperdia como por exemplo obesos;
- Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Através da criação de um grupo de acesso irrestrito e sem imposições a população para estimular a troca de experiências e das vivências de como seus problemas de saúde afetam seu cotidiano para estimular o encontro de ferramentas para superar esses problemas. Através dos ACS fazer o contato com os pacientes avisando

sobre as mudanças implementadas bem como orientando sobre a importância de se comparecer a unidade. Também será importante o auxílio da enfermeira da equipe que irá auxiliar no acolhimento ao paciente.

- Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Organizar reuniões periódicas com o intuito de estudar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para orientar as práticas. Isso será realizado durante as sextas feiras à tarde, que representa o horário das reuniões das equipes na unidade. Mas não estará restrito apenas a esse turno podendo ocorrer em outros horários

Melhoria da qualidade do atendimento

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Além disso, avaliar periodicamente o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Isso será realizado através da ficha espelho ao fim de cada semana.
- Organização e Gestão do Serviço: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Isso será realizando durante as reuniões supracitadas. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde que será obtido no site do MS.
- Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Que será feito durante as consultas periódicas de acordo com os cadernos de atenção à saúde. Também é necessário orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

- Qualificação da Prática Clínica: Durante as reuniões ocorrerá a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, sempre de acordo com os cadernos de atenção à saúde.

Melhorar o registro das informações

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Através da análise semanal dos registros dos pacientes pela equipe durante as reuniões.
- Organização e Gestão do Serviço: Implantar registro específico (ficha espelho) de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Isso será divulgado através dos ACS e das reuniões de grupo.
- Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Tudo isso será realizado durante as primeiras duas semanas de intervenção.

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Esse controle será realizado através da ficha espelho durante a revisão semanal das fichas pela equipe, após o treinamento.
- Organização e Gestão do Serviço: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Através da identificação nas fichas do paciente ou até mesmo durante as consultas já ser marcado o retorno de acordo com o

protocolo e se solicitar os exames complementares necessários para avaliação. Fazer a busca desses pacientes de alto risco para enfatizar a importância do acompanhamento.

- Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Através das consultas e das reuniões de grupo.
- Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Organização e Gestão do Serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Promoção da saúde

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional, orientação de atividades físicas e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Organização e Gestão do Serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Organizar práticas coletivas para orientação de

atividade física. Utilizando o grupo de caminhadas que já funciona regularmente com o educador físico do NASF.

- **Engajamento Público:** Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, estimulando a participação no grupo de caminhadas. Orientar os pacientes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- **Qualificação da Prática Clínica:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção de práticas de atividades físicas regulares. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Abaixo, os indicadores utilizados no monitoramento e avaliação dos resultados:

- **Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.**

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- **Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.**

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- **Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.**

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.**

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos**

Numerador: Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos**

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos**

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos**

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para executar a intervenção com sucesso e atingir as metas propostas, será necessário tomar algumas providências como: definição de um manual técnico que servirá de apoio e consulta de toda a equipe diante das intervenções. Deste modo, será utilizado os cadernos de atenção básica números 15 e 16, este posteriormente atualizados nos cadernos 36 e 37, fornecidos pelo ministério da saúde, pois além de serem completos e abrangentes são de fácil acesso. Além disso, o município não

dispõe de protocolo próprio e específico para atendimento de usuários hipertensos e diabéticos.

Para o programa hiperdia, será disponibilizado uma ficha própria (ficha-espelho), que abrange diversos aspectos além da identificação do paciente como medicação e posologia que está usando, pressão arterial, presença de comorbidades, dentre outras, que serão úteis para o monitoramento dos atendimentos e pode servir de ponto de partida para detectar o sucesso ou o fracasso da adesão do paciente ao tratamento. Este instrumento possibilita a coleta de dados, ademais permite analisá-los, servindo de ferramenta de gestão para a equipe e para a administração pública, através dos órgãos da secretaria municipal e estadual de saúde, bem como do ministério da saúde, para melhor definir mudanças na intervenção, e assim, intensificar esforços investindo mais a quem mais precisa (equidade).

Além do uso da ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados, existe um cadastro próprio, com os demais parâmetros não contemplados no manual técnico do MS (Ministério da Saúde), mais simples para ter o controle da evolução dos pacientes e descobrir quais estão com consultas em dia consoante o protocolo, como por exemplo aqueles que estão com os exames de rastreio atualizados. Dessa forma será possível atuar de maneira objetiva e fazer a busca ativa dos faltosos e/ou aqueles pacientes que ignoram o seu problema de saúde para conscientizá-los sobre a importância dos cuidados a serem seguidos. Para confeccionar e imprimir essas fichas será reaproveitado o próprio material de escritório encontrado em posse da direção que já se dispôs a ajudar na intervenção, intermediando no que estiver ao alcance e solicitar o que for necessário na secretaria de saúde municipal. O instrumento utilizado para a intervenção será a ficha-espelho proposta pelo curso bem como a planilha fornecida para a coleta de dados, ambos serão adotados sem modificações conforme foram disponibilizadas.

Logo, será realizado o monitoramento regular da intervenção voltada aos usuários hipertensos e diabéticos, identificando possíveis falhas a serem ajustadas ao longo do projeto. Outro ponto importante para esse monitoramento funcionar é o envolvimento de toda a equipe além da participação de todos nas reuniões para

discutir o projeto e sensibilizar a importância da atuação sobre doenças tão prevalentes na população como a hipertensão e o diabetes. Realizaremos momentos formativos para orientar os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem para auxiliarem no estímulo aos pacientes sobre a mudança de hábitos de vida, com orientações para atividade física regular de leve intensidade, bons hábitos alimentares e evitar o tabagismo. Semanalmente a ficha-espelho dos pacientes será avaliada, para descobrir quais pacientes faltam trazer exames, os que faltaram às consultas agendadas e teremos o auxílio dos agentes de saúde para fazer a busca ativa dos mesmos.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção estão sendo discutidos com a equipe da UBS. Assim, a intervenção dar-se-á início com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes, que corresponde aos cadernos da atenção básica distribuídos pelo ministério da saúde, para que toda a equipe utilize esta referência no cuidado aos pacientes do Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 turnos do expediente, na sexta feira a tarde no horário utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Dessa forma, serão disponibilizadas as quartas feiras de manhã para atendimento dos pacientes do Hiperdia. Estes serão agendados por qualquer profissional da equipe que já se encontre com um diagnóstico definido ou mesmo aqueles que encontram-se com a pressão alterada sem motivo aparente. Naturalmente não serão obrigados a terem consulta nesse dia, apenas terão a preferência sem ter a necessidade de pegar uma fila para agendar as consultas, e assim, terem menos obstáculos para conseguir o atendimento. A população da comunidade será orientada sobre a importância desse agendamento, pois se tratam de pacientes que podem desenvolver várias complicações graves. Também acredita-se que será encontrada pouca resistência nesse aspecto, pois muitos da própria comunidade têm familiares com essas patologias e sabem dos transtornos, cuidados e das necessidades advindas dessas doenças.

3 Relatório da Intervenção

Após um trabalho contínuo, ao longo de 12 semanas, a fase de implantação da ação programática com foco na qualificação da assistência à saúde dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, chegou ao fim, embora as iniciativas que dela surgiram continuem a funcionar na unidade de saúde. Antes de iniciar o projeto foram enfrentados vários problemas, como a falta de apoio da secretaria de saúde, que diante de diversas dificuldades decretou o estado de calamidade pública. Isso se explica devido a situações causadas pelas gestões anteriores.

Mas apesar disso, as propostas tiveram seguimento com o apoio de toda a equipe, da diretora da UBS de Planície das Mangueiras. Utilizando dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) através dos Cadernos da Atenção Básica, iniciou-se o projeto. Na primeira semana o cronograma foi seguido conforme planejado. Houve a adesão maciça dos pacientes que compareceram às consultas. Pactuou-se em reuniões de equipe as atribuições de cada membro de acordo com as diretrizes do MS. Iniciaram o levantamento dos prontuários dos pacientes do programa Hiperdia e também a divulgação junto à comunidade.

Porém na segunda semana em decorrência a uma conjunção de fatores que fugiram do controle, como um feriado prolongado e um curso da secretaria de saúde sobre o manejo da tuberculose na atenção primária, os usuários nesta semana ficaram sem atendimento médico, pois foi necessário ausentar-se da unidade os cinco dias da semana. Mas após isso, retornaram ativamente os atendimentos durante toda a semana, sem imprevistos.

Nas semanas subsequentes o projeto funcionou sem maiores problemas, apresentando apenas a dificuldade de implementar o grupo Hiperdia conforme planejado, pois não tinha espaço suficiente na unidade. Esta situação só foi possível ser solucionada após a quinta semana de intervenção com a reunião do grupo sendo realizada em uma igreja da comunidade. Apesar do atraso, a reunião foi um sucesso com a população bastante empolgada com as atividades educativas expostas, através de vídeos lúdicos e imagens sobre a hipertensão e a diabetes.

Durante o projeto foram realizadas duas reuniões com o grupo, sendo a segunda com o apoio do NASF (Núcleo de apoio a saúde da Família). Estão sendo organizadas outras para a continuidade no serviço UBS.

Durante a intervenção foram feitas algumas mudanças na rotina da unidade para facilitar o atendimento. Por exemplo, como fazer o agendamento com qualquer profissional da equipe, permitindo facilitar o acesso da população às consultas, bem como que o mesmo falte aos atendimentos agendados. Além disso, com o auxílio dos agentes de saúde, na medida do possível, estes realizavam visitas domiciliares aos pacientes agendados, lembrando-os da data da consulta, evitando assim um possível esquecimento. Isso se tornou um ponto importante na intervenção que terá seguimento e será melhorado para facilitar o acesso da comunidade às consultas.

Outro ponto interessante a ser destacado é a forma de organização dos prontuários, facilitando a localização num arquivo antes caótico e visualização através de uma tarja colorida na borda do prontuário. Isso tinha sido ideia da equipe e já vinha sendo utilizado há um certo tempo, mas vinha caindo em desuso. Porém, com a intervenção isso voltou a ser retomado e passou-se a identificar cada prontuário e assim facilitar o seu acesso. Usou-se a cor verde para o diabético e a cor amarela para os hipertensos em cada envelope do prontuário familiar, como estratégia de facilitar a busca.

Isso foi essencial para facilitar a revisão dos prontuários e auxiliar na coleta de dados, visto ser uma área grande e possui mais de 4000 pessoas adscritas e cresce a cada dia. Pois ainda há muitas áreas de terrenos baldios e cada dia surge novas casas além de terem muitas casas encontrarem-se ainda fechadas que surgem famílias grandes que logo desaparecem devido atrasar o aluguel em alguns meses.

Outro aspecto a ser ressaltado foi em relação ao aumento no tempo de atendimento, devido o preenchimento das fichas espelho dos usuários alvo da intervenção. Porém, para resolver este problema as fichas estão sendo preenchidas à medida que acontece a revisão dos prontuários e isso possibilitou organizar as ferramentas de registro. Os prontuários que contém as referidas fichas estão sendo identificados facilitando a visualização e estão sendo guardados em ordem

alfabética e por micro área. Esta lógica tem melhorado o acesso aos arquivos, bem como a planilha de coleta de dados ajudou a sistematizar os dados e informações relativos a assistência aos usuários.

A princípio não se acreditava ser possível atingir um grande número de pessoas devido à grande demanda da área e o fato de não ter apenas pacientes hipertensos e diabéticos para atender. Mas com a organização do serviço as consultas ficaram mais céleres e o acesso às informações mais rápido. Isso também foi útil para delinear ações voltadas aos pacientes do hiperdia como o fato da unidade ter um grupo de caminhadas e muitos pacientes não sabiam. Outro ponto foi a orientação para alimentação saudável, pois muitos pacientes passaram a ter dúvidas de como encontrar alimentos saudáveis de forma acessível e isso acabou resultando na contribuição da nutricionista do NASF em uma das reuniões do grupo hiperdia.

Muitas das ações previstas nos projetos já eram realizadas no cotidiano da unidade, pois se apoiavam nos protocolos preconizados pelo ministério da saúde, porém algo crucial que não se realizava antes era a sistematização dos dados na unidade. Acredito que vai ser essencial para estabelecer novas ações voltadas para à melhoria do programa hiperdia, rastreamento e busca dos pacientes, além de manter o registro dos exames e da evolução do risco cardiológico evitando que a perda do prontuário prejudique o tratamento do paciente.

Além disso, a sistematização dos dados mostrou problemas que outras fichas (fichas utilizadas para alimentar o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica) não mostravam, como por exemplo a dificuldade em estabelecer um cuidado odontológico adequado. A falta de apoio da gestão que não garantia a manutenção adequada do material, justificado por problemas na esterilização e dos insumos necessários. Infelizmente, deixando com a função de apenas resolver emergências. Além disso, a intervenção coincidiu com o período de licença da odontóloga o que praticamente inviabilizou a avaliação odontológica dos pacientes durante o período. Mas isso, de certa forma, não foi de tudo ruim, pois foi importante para alertar e solicitar um maior comprometimento da gestão diante da necessidade de garantir a integralidade do cuidado à população.

O saldo da intervenção na Unidade de Saúde da Família de Planície das Mangueiras foi positivo, pois mesmo com os problemas encontrados eles vão servir de guia para novas mudanças em prol de melhorias da assistência à saúde aos usuários, podendo se estender para outros programas da unidade. Tendo em vista a quantidade dos dados obtidos que levam a refletir como ampliar ainda mais a qualidade do serviço e ajudar a definir prioridades das ações no intuito de evoluir de acordo com as necessidades da população.

Dessa forma, a utilização da ficha espelho juntamente com o livro de registros, facilitarão a coleta de dados para estabelecer novos focos de atuação da equipe de saúde. Além disso estimula a percepção da necessidade de um banco de dados para se estabelecer prioridades para determinadas ações que podem ser muito mais efetivas, pois se baseariam na realidade local. Embora existam outros bancos de dados como SIAB, PMA2, SSA2, ficha A, D. Estes, muitas vezes, encontram-se desatualizadas ou são usados apenas para cobrar mais atendimento em detrimento à qualidade da assistência, não evidenciando dados críticos como a estratificação do risco do paciente, enfatizando apenas o número de atendimentos.

Por fim, a unidade de saúde teve uma significativa melhora na assistência e cuidado aos usuários do programa hiperdia.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Após 3 meses de intervenção, percebe-se diversas mudanças no serviço. A primeira foi a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos adscritos a unidade de saúde. Pois isso pode ser percebido de imediato a partir dos indicadores utilizados, pois houve uma melhora significativa da adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa hiperdia.

Na área há um total de 4032 pessoas adscritas sendo que aquelas que se enquadram dentro do programa hiperdia correspondem há aproximadamente 613 pessoas. Das quais 203 estavam inscritas no programa. Esse baixo número se deve ao fato da população da área de abrangência ter ficado sem assistência médica durante 7 anos. Com isso, mesmo depois da chegada de um profissional médico nesta UBS, poucos pacientes procuravam atendimento ou nem mesmo sabiam da existência de uma equipe de saúde funcionando na unidade.

Dessa forma, devido a grande quantidade de pessoas associado à estrutura precária da unidade, foram propostas metas iniciais menos ambiciosas. Por exemplo, ampliar o número de pacientes cadastrados para mais de 20% da cobertura existente. Em contrapartida, propôs-se melhorar a qualidade da assistência realizando o exame clínico em 100% dos pacientes e fazer com que 100% tenham realizado os exames complementares de acordo com o protocolo encontrado nos cadernos da atenção básica de números 36 e 37, estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Abaixo, estão expressos os gráficos relativos aos indicadores, e as respectivas análises, individualmente, dos resultados alcançados ao final da intervenção.

A intervenção teve foco na melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ao longo dos três meses de intervenção, dos 203 hipertensos e 71 diabéticos existentes na área de abrangência da UBS Planície das Mangueiras, foram cadastrados, respectivamente, 49 (8%) e 13 (8,6%), no segundo mês 71 (11,6%) e 24 (15,9%) e no terceiro mês 129 (21%) e 43 (28,5).

Mesmo com a meta modesta foi difícil atingir as metas estipuladas devido ao grande número de pacientes necessários para se conseguir a ampliação. Como exposto, a área estava a sete anos sem assistência médica e por isso com muitos pacientes sem o diagnóstico necessário. Além da própria população que demorou a procurar a unidade devido à dificuldade em se obter assistência.

Objetivo: Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

Metas: Cadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde; Cadastrar 35% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à diabetes mellitus da unidade de saúde

Indicadores: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde de Planície das Mangueiras; Cobertura do programa de diabético ao hipertenso na unidade de saúde de Planície das Mangueiras

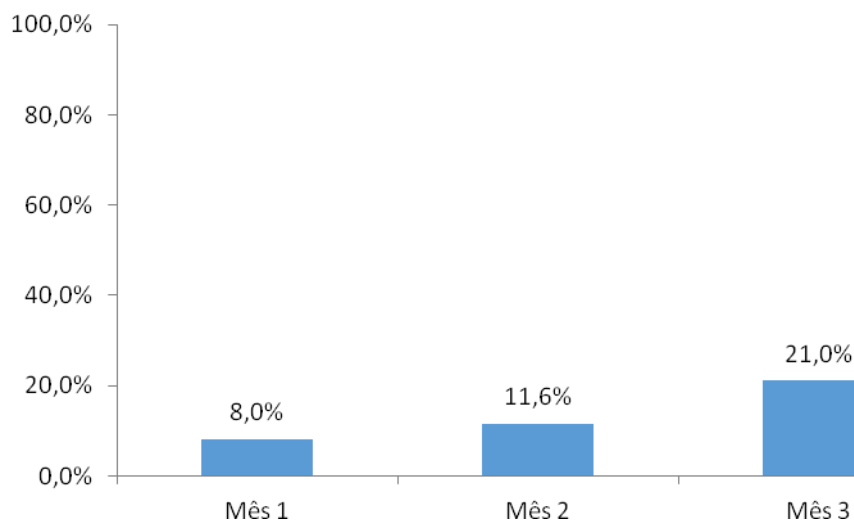


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de Indicadores

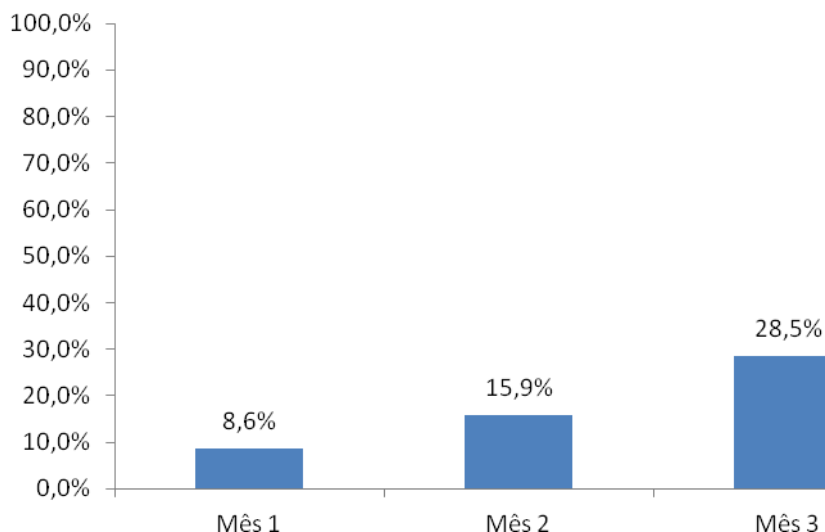


Figura 4 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha de Indicadores

Ao longo dos 3 meses obteve-se uma significativa melhora destes indicadores acima colocados com a ampliação paulatina e contínua dos pacientes com DM. Algo que facilitou a melhoria desse indicador foi o fato dos indivíduos com alteração da glicemia terem mais sintomas como a poliúria e a polidipsia, além da perda de peso. Estes, não deixam de ir à consulta, principalmente quando são convidados a procurar a unidade para a avaliação rotineira. Já os pacientes com hipertensão por ter seu curso de doença assintomático, apenas buscam ajuda quando apresentam algum sintoma. Para evitar isso o trabalho foi feito no sentido de se educar o paciente sobre a importância do acompanhamento e mostrando os problemas que ele pode evitar cuidando de sua saúde como, por exemplo, um infarto agudo do miocárdio (IAM). Apesar da dificuldade inicial a adesão foi acima do esperado. Um aspecto importante a ser ressaltado é a forma como o indicador foi calculada, pois foi utilizada como base o número de hipertensos já cadastrados na unidade como denominador o que facilitou a obtenção da meta devido ao universo de pacientes já conhecidos e que já frequentavam a unidade de saúde.

Objetivo: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo. Número de hipertensos faltosos à consulta médica. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

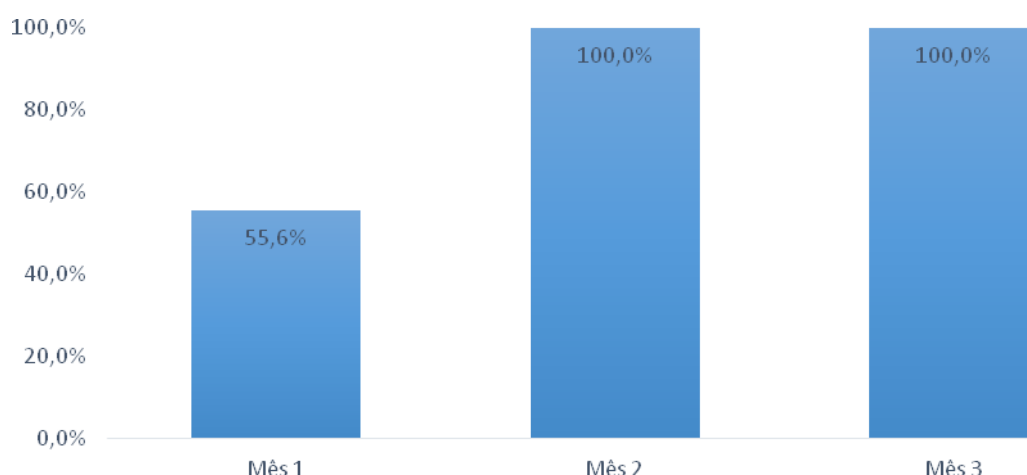


Figura 5 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha de indicadores

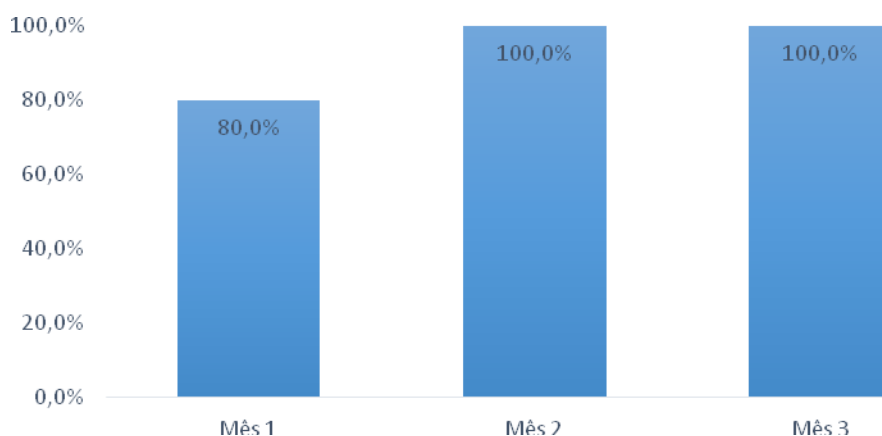


Figura 6 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha de indicadores

No primeiro gráfico há uma considerável porcentagem de faltosos que não foi possível buscar devido a equipe estar passando por um processo de adaptação e qualificação havendo apenas 5 (55%) de busca ativa para os hipertensos e 4 (80%) para os diabéticos o que em termos absolutos significou 9 pacientes com HAS dos quais apenas 5 foram encontrados e dos 5 pacientes com DM apenas 1 deixou de ser buscado, devido este se encontrar em uma micro área sem ACS. Mas isso foi resolvido em reuniões posteriores ao se debater sobre a importância de acolher todos os pacientes. Além disso, algo que tornou as porcentagens tão discrepantes se deve ao número absoluto de hipertensos ser bem maior que o número de diabéticos e este indicador ser calculado com base no número de faltosos e não no universo de pacientes.

Ao olhar este indicador é perceptível a importância da adesão do agente comunitário da saúde (ACS), para evitar a falta as consultas dos pacientes do hiperdia orientava-se os ACS para sempre olhar na agenda quais os pacientes da sua área que estavam marcados para lembrar da consulta na unidade de saúde, isso reduziu a quantidade de faltosos e propiciava a remarcação, pois permitia ao paciente uma maior acesso as consultas e facilitava o retorno para reavaliação periódica.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Metas: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo; Proporção de hipertensos e/ou hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico apropriado.

Número total de hipertensos e/ou diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Figura 7 –

proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de indicadores

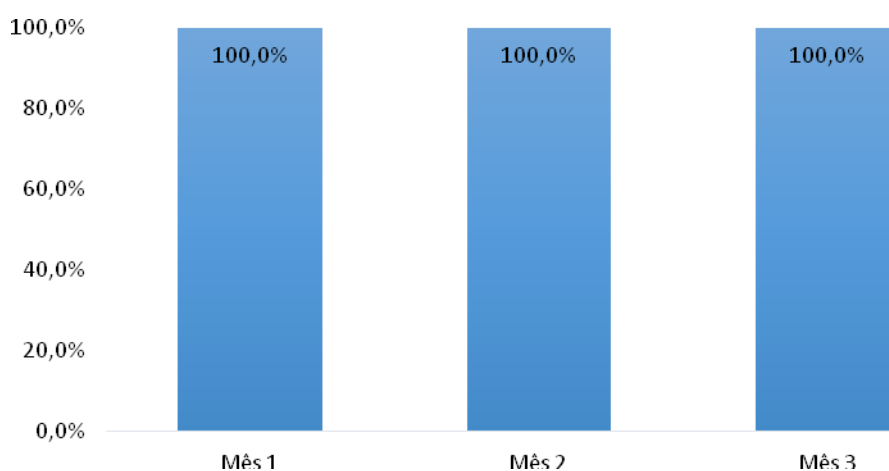
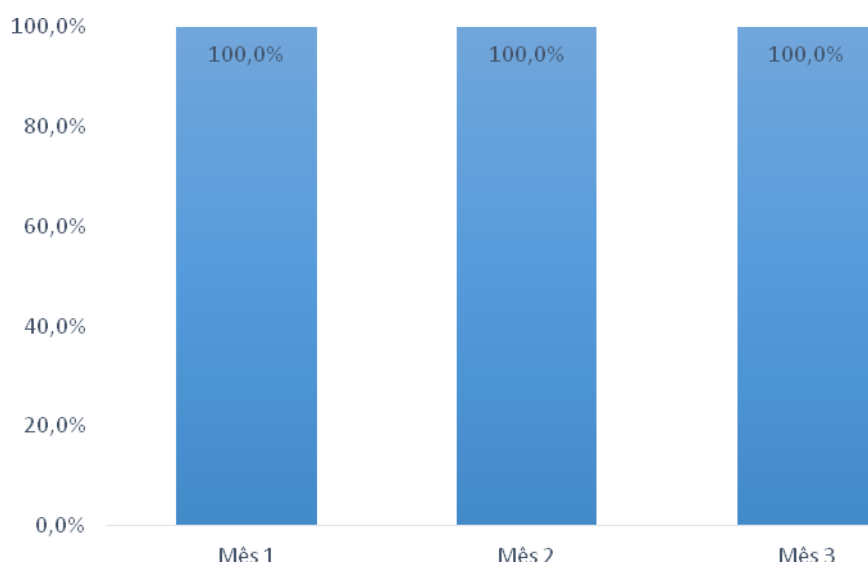


Figura 8 –
proporção de diabéticos com exame

clínico de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de indicadores

Ambas as metas para este indicador foram atingidas com 100% dos pacientes com o exame clínico adequado, isso foi possível devido ao fato de sempre que

possível durante o atendimento clínico ser realizado a avaliação física do indivíduo para sempre deixar a avaliação completa de cada paciente, assim, é possível detectar com antecedência um problema de saúde como por exemplo a avaliação dos pés no paciente diabético, ou a ausculta cardíaca para o hipertenso. Desse modo todos os 203 pacientes cadastrados foram examinados, pois isto é uma rotina do atendimento regular destes pacientes. Isto facilitou atingir esta meta.

Além dessa meta, outra de grande importância para a intervenção é garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Sendo esta importante para a estratificação do risco cardiovascular do paciente para seguir o protocolo do MS, assim, atingir a maioria dos pacientes será interessante. No primeiro mês obteve-se 40(81,6%), já no segundo foram 71 (100%), com uma ligeira queda no mês seguinte devido ao maior número de pacientes atendidos sendo 123 (95,3%). Isso foi possível graças a própria população que muitas vezes fazia os exames em laboratórios particulares, pois o sistema não dava conta da demanda do município. Além disso, a própria percepção da importância da avaliação complementar por parte dos pacientes facilitou a adesão aos exames.

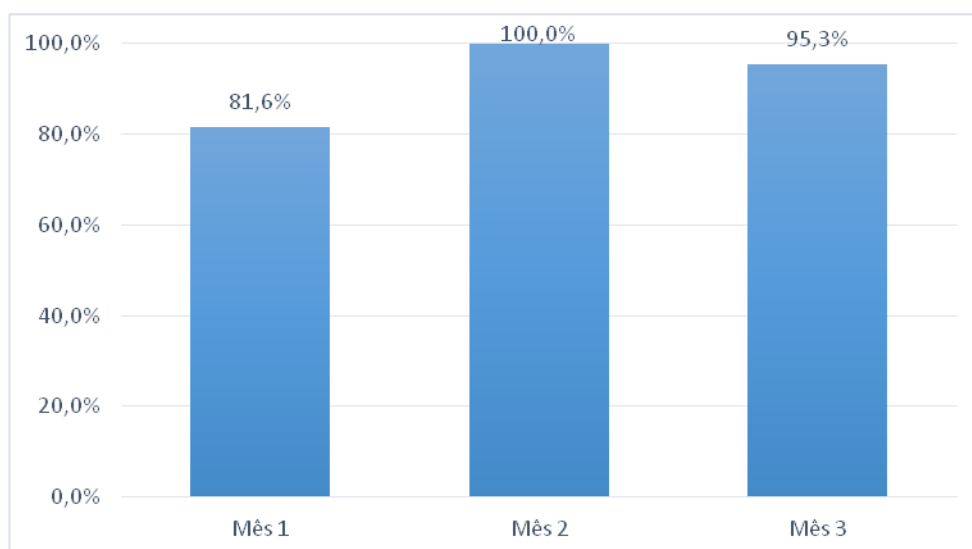


Figura 9 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de indicadores

Da mesma forma para os diabéticos a realização da análise laboratorial foi realizada de acordo com o protocolo específico. Também havia a meta de se atingir 100% dos pacientes com exames complementares em dia.

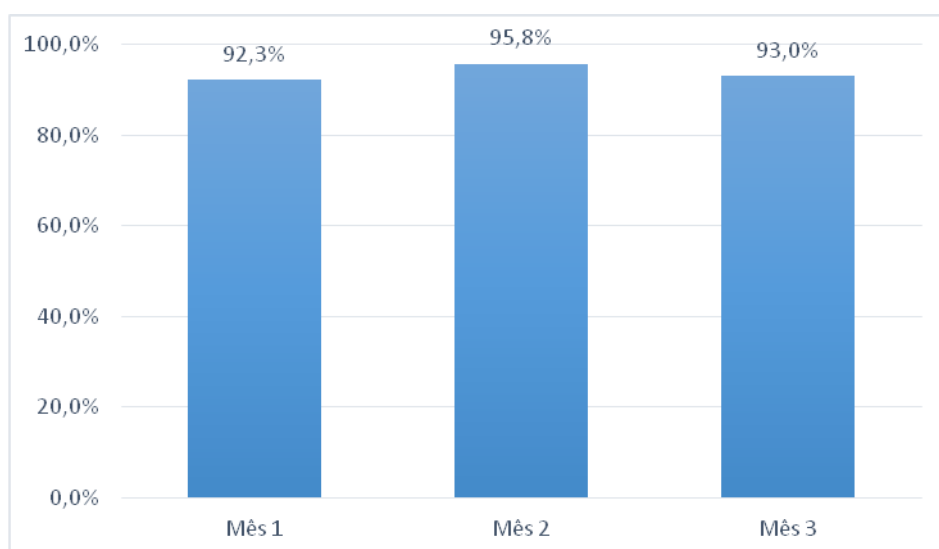


Figura 10 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de indicadores

Dentro do objetivo essa meta quase foi atingida em todos os momentos da intervenção, com 12 (92,3%) dos pacientes no primeiro mês 23 (95%) no segundo e por fim 40 (93%) no terceiro. Em geral pacientes diabéticos sabem das consequências de não fazer o acompanhamento e portanto sempre aceitam realizar os exames complementares necessários para seu seguimento, portanto apesar da grande demanda no sistema municipal os pacientes tem conseguido realizar tudo a contento. Porém a forma de calcular este indicador contém um viés, pois a análise é feita com o total de pacientes, sejam com DM ou HAS, atendidos no mês como denominador e não o total de pacientes cadastrado, 203 pacientes, dessa forma isso mostra apenas o retrato mensal e não o todo.

Por fim, garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Como esta foi atingindo o teto máximo apenas vou expor algumas peculiaridades desta que observei.

Esta meta foi particularmente fácil de se atingir, a princípio devido a problemas com farmácias no bairro havia a preocupação de não ter mais nenhuma cadastrada, mas isso foi sanado pelas próprias farmácias. Muitos veem com alívio o fato de caso não conseguirem a medicação na UBS obterem através da farmácia popular, os próprio pacientes quando recebem o receituário perguntam se o medicamento prescrito é encontrado na farmácia popular, como também há uma gama considerável de medicações há a possibilidade de se realizar um manejo adequado de cada paciente seguindo o protocolo do MS. Por isso 100% dos pacientes apresentam medicações com prescrição da lista do Hiperdia.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

Metas: Manter ficha de acompanhamento de 60% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Manter ficha de acompanhamento de 60% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento; Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A princípio foi feito uma escolha por uma meta modesta, mas com o decorrer do projeto percebeu-se a importância de se atingir 100% dos pacientes com o cadastro adequado, pois isso implicaria em reduzir as demais metas.

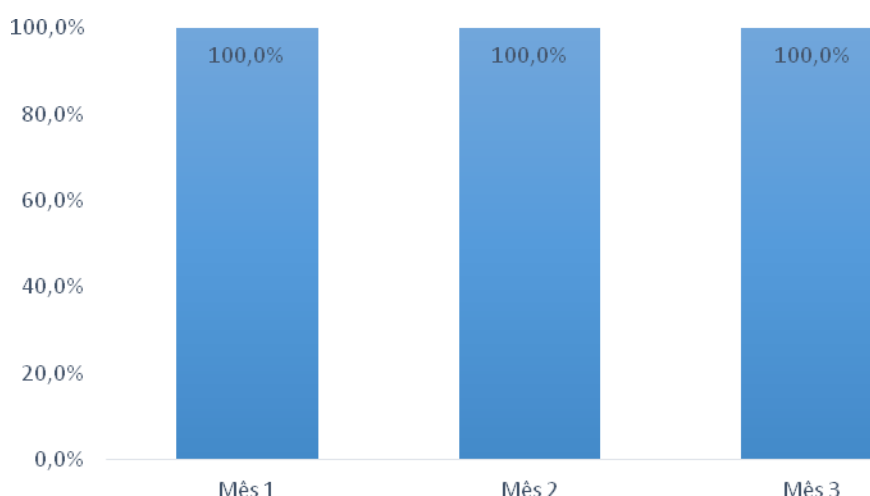


Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha de indicadores

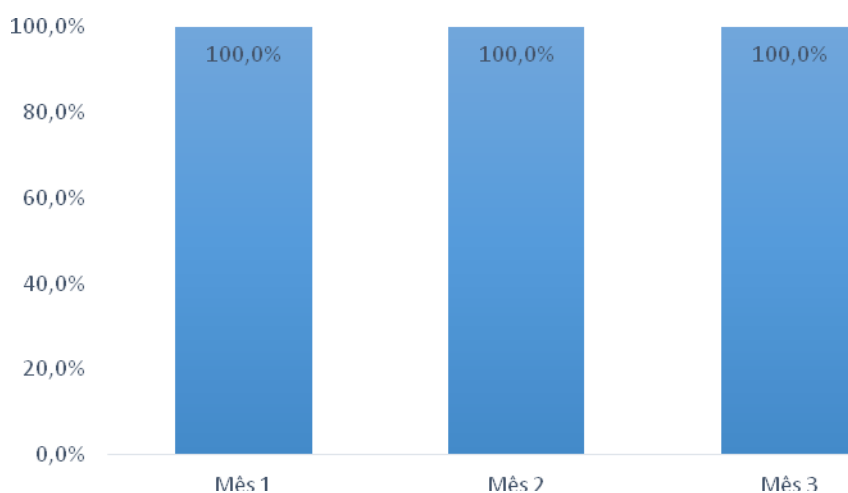


Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha de indicadores

Este é um resultado essencial para o acompanhamento, pois é a partir da ficha espelho que encontra-se os dados necessários para saber se é possível atingir as demais metas e objetivos escolhidos na intervenção. Apesar da meta modesta, pois a princípio não havia como determinar o grau de penetração da intervenção na unidade considerando-se os problemas já mencionados, foi surpreendente perceber que foi possível superar a meta com 100% dos pacientes com a ficha espelho adequadamente registrada, tanto para os pacientes com HAS quanto para aqueles com DM. Isso só foi possível, pois a cada consulta os registros eram atualizados conforme as consultas eram realizadas e por isso sempre estavam completas.

Outro objetivo que pode mudar a conduta diante do paciente é a estratificação de risco cardiovascular este caracteriza por mapear hipertensos e diabéticos e o seu risco para eventos desfavoráveis para sua patologia como o IAM.

Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular; Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

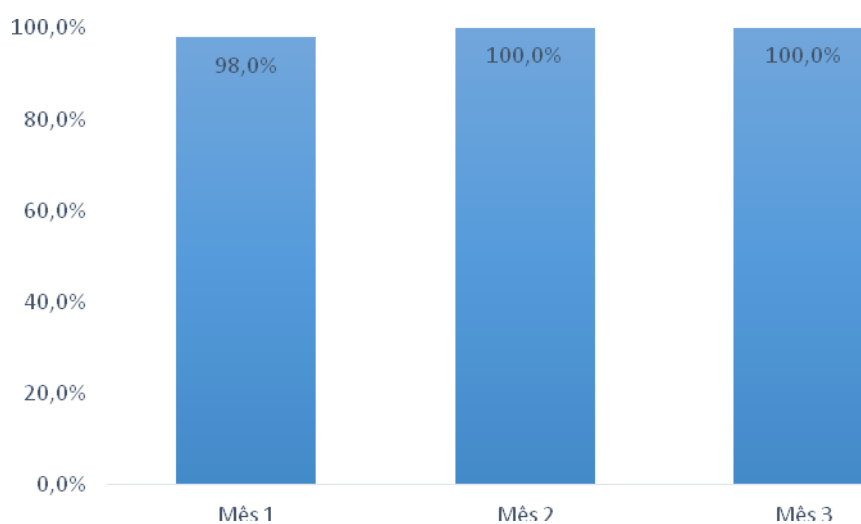


Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de indicadores

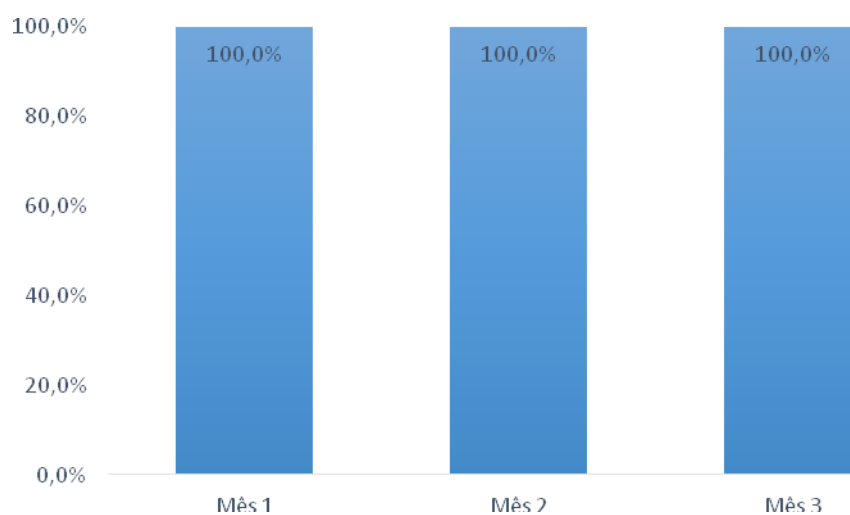


Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de indicadores

Apesar da preocupação inicial em não conseguir atingir essa meta, apesar de sua importância, pois muitas vezes não há tempo hábil para se conseguir fazer um

atendimento na plenitude necessária para cada indivíduo. Mas apesar do desafio, atingir essa meta essencial para a condução clínica do paciente, foi possível graças a constante revisão dos prontuários e o auxílio da enfermeira foi realizada a estratificação de acordo como preconizado pelo MS a partir da anamnese e do exame físico, bem como o uso do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular (RCV). Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas. Com o risco estimado se estabelece novas propostas de tratamento para ambas as patologias do programa. Assim, todos os 203 pacientes tiveram seu risco estratificado e registrado na sua ficha atingindo 100% para diabéticos e hipertensos.

Objetivo: Promoção da saúde

Metas: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Indicadores: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular; Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo; Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

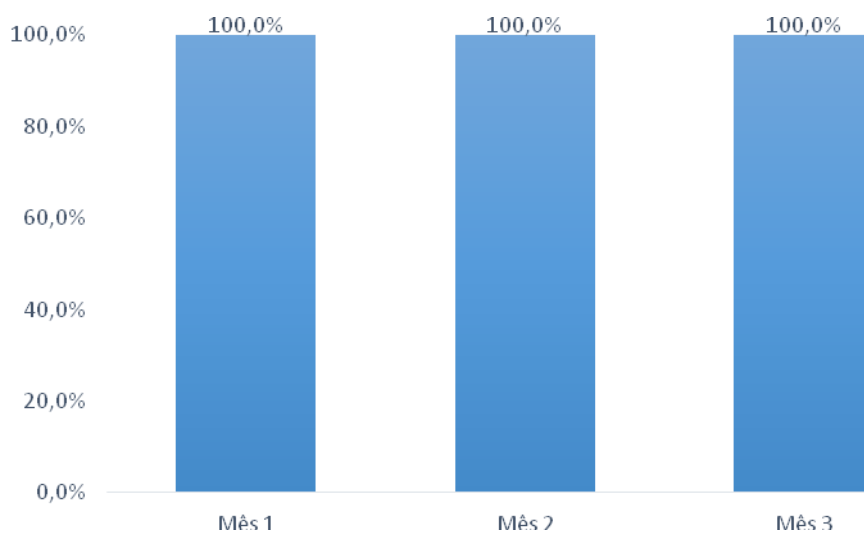


Figura 15 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável
Fonte: Planilha de Indicadores

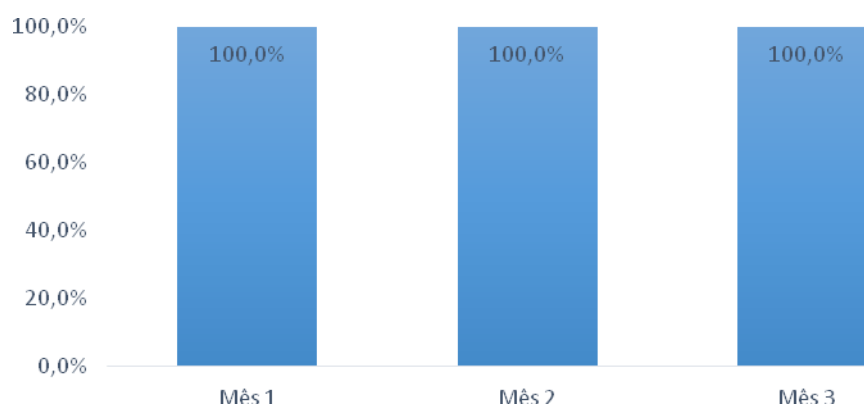


Figura 16 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de alimentação saudável
Fonte: Planilha de dados

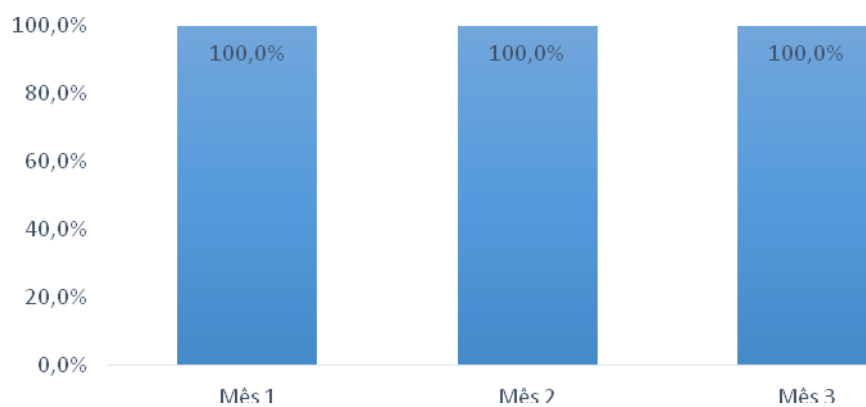


Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha de dados

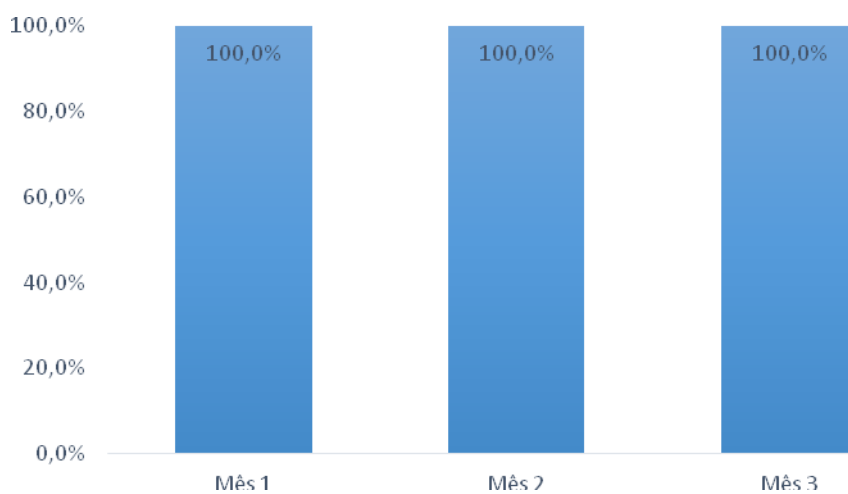


Figura 18 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular

Fonte: Planilha de indicadores

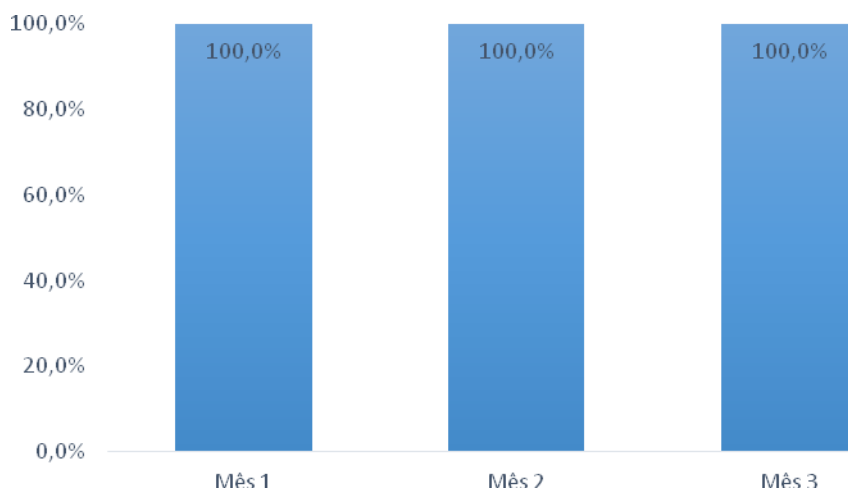


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo

Fonte: Planilha de indicadores.

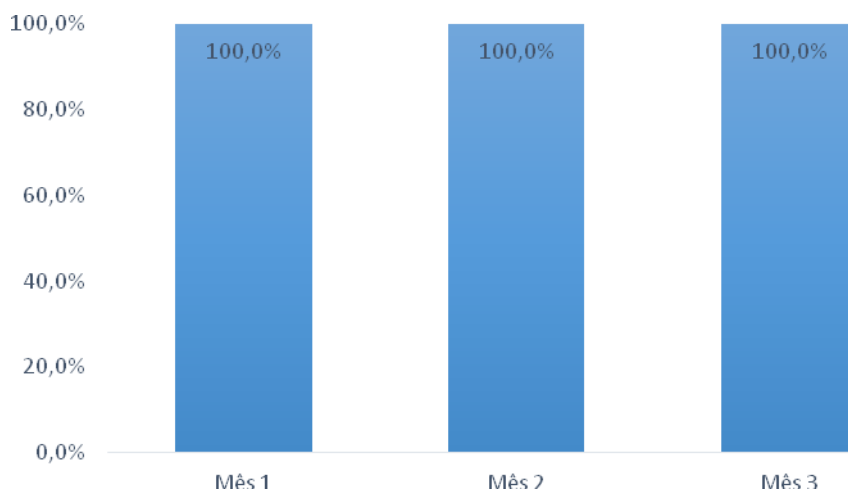


Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo

Fonte: Planilha de indicadores

Em todos os gráficos acima é perceptível que se atingiu em sua totalidade algumas metas para a promoção da saúde como a orientação a prática de atividades físicas a alimentação saudável e os riscos do tabagismo para os pacientes. Isso foi feito através das consultas de rotina e das atividades do grupo, tendo inclusive participação da nutricionista do NASF, para fazer a orientação

coletiva dos pacientes. A princípio não havia elencado metas para estas ações, mas ao longo da intervenção foi perceptível a possibilidade de se viabilizar a inserção dessas recomendações principalmente após as reuniões com a equipe no qual se percebeu a importância do estímulo a mudança do estilo de vida por parte do paciente.

Por fim, o principal problema que tive durante a intervenção que pela falta de material dificultou a possibilidade de incluir no projeto foi garantir avaliação odontológica a dos pacientes. Ocorreu uma série de problemas o primeiro como já abordei foi a falta crônica de material. A segunda foi a eclosão de uma greve durante o período da intervenção o qual a todos os dentistas aderiram ao movimento. A terceira foi a licença de um mês que a dentista de minha equipe tirou devido a férias atrasadas. Foi uma série de problemas na unidade de saúde que resultou apenas no atendimento de urgência para a odontologia. Dessa forma excluir esta meta foi inevitável devido aos inúmeros contra tempos que encontrados.

Mas isso tem um aspecto positivo, pois serve de alerta para a situação da prevenção na saúde bucal que infelizmente por falta de infraestrutura e material adequado não pode ser realizada de forma sistemática. Serve de desafio para melhorias futuras e ampliação do processo iniciado com a intervenção.

4.2 Discussão

Após a conclusão da intervenção houve muitos resultados positivos. Dentre estes destacamos a melhoria da assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Novamente, é importante ressaltar o fato de que durante muitos anos esses pacientes tiveram dificuldades em conseguir acompanhamento na unidade de saúde, pois a área em análise estava há 7 anos sem médico e os outros médicos responsáveis pela assistência de duas outras áreas faziam o máximo possível para prestar a assistência, mas com uma população além do ideal não conseguiam atender a toda a demanda. Dessa forma tinha muitos pacientes que estavam sem conseguir atendimento.

Nesse ponto, a intervenção foi essencial, pois passou-se a fazer a divulgação da necessidade desses pacientes fazerem o acompanhamento na unidade de

saúde. Além disso, houve melhoria do acolhimento, a cobertura e a qualidade do atendimento, principalmente com a implementação do cálculo do risco cardíaco de cada paciente que serve como guia para o tratamento adequado destes.

Com o prosseguimento da intervenção e a publicação dos novos cadernos de atenção básica que mostravam novos protocolos para a assistência dos pacientes, sentiu-se a necessidade de discutir os novos cadernos com a equipe. Como antes não havia uma atenção sistemática ao atendimento do hiperdia, a equipe passou a organizar e dividir as tarefas de acordo com as atribuições de cada profissional na equipe, como por exemplo a busca ativa dos pacientes pelo agente de saúde, o cadastro por parte do médico e da enfermeira. Isso foi particularmente útil, pois distribuiu as tarefas de forma a ninguém ficar sobrecarregado com a implementação do projeto. Além disso, os pacientes tiveram seu acesso facilitado, com um turno, exclusivamente, para marcar as consultas sem pegar fila. Naturalmente, isso não os excluía de ser atendidos em outro momento, mas isso facilitava a sistematização das atividades, pois era possível prever que aqueles pacientes eram todos hipertensos e diabéticos. Assim, a comunidade percebia a importância do atendimento a estes doentes crônicos. Mas apesar dessas medidas, ainda haviam aqueles que reclamavam, pois achavam que os pacientes do hiperdia estavam sendo priorizados em detrimento dos demais. Acreditando que com o cuidado continuado, essa percepção negativa de alguns possa ser vista de outra forma, pois ainda muitos desconhecem as consequências advindas da hipertensão e diabetes, não só aos indivíduos, mas as famílias e até mesmo sobrecarregar e onerar o sistema de saúde.

Portanto a intervenção foi essencial para melhorar a sinergia da equipe e mostrar a importância do acompanhamento dos pacientes com hipertensão e diabetes. Além de evidenciar suas atribuições nas ações do programa, foi possível com o projeto reativar a assistência e o cuidado continuado.

O principal problema enfrentado foi a falta de materiais e medicamentos para a intervenção tendo que orientar os pacientes a procurar a farmácia popular para conseguir seu tratamento. Mesmo com o apoio e esforço da diretora da unidade que enviou vários memorandos solicitando as medicações na lista do hiperdia,

entretanto, não se obteve um retorno desejado. Além disso, existiram dificuldades para o alcance das metas relativas à saúde bucal, devido alguns problemas, como: falta de materiais e férias da odontóloga. Sendo assim, entende-se que esta limitação será sanada com o seguimento das ações do hiperdia incorporadas à rotina do serviço, visto esta ter sido a única ação que ainda não foi possível implementar.

Por fim, outro ponto importante é uniformizar as condutas com as outras equipes de saúde da família, objetivando ampliar a assistência e, portanto, realizar uma melhoria global do programa do hiperdia. Por exemplo, reuniões do grupo hiperdia com todos os pacientes da comunidade, estimular a educação em saúde e o auto cuidado, melhorar a prática dos cuidadores da família para com os pacientes acamados. Enfim, realizar uma assistência de acordo com o protocolo para todos os pacientes e melhorar o resultado dos indicadores e a saúde da população assistida pela unidade de saúde.

Mesmo com o sucesso da intervenção e as melhorias proporcionadas por ele não há outros projetos sendo implementados, apenas as melhorias advindas da intervenção que continuaram a serem praticadas na UBS pelo fato de sua incontestável qualidade a assistência.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Após um árduo trabalho ao implementar as ações de melhorias propostas no projeto de intervenção, para o programa hiperdia da Unidade de Saúde de Planície das Mangueiras, percebe-se a importância da ampliação da cobertura, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, enfim a melhoria da qualidade da assistência à saúde dos hipertensos e diabéticos.

Assim, iniciou-se a melhoria dos registros e coleta dos dados, cumprimento do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, que visa a sistematização da assistência e da coordenação do cuidado aos pacientes, para as reavaliações

periódicas do seu estado de saúde com finalidade de evitar possíveis complicações, bem como prevenir comorbidades. Organizar reuniões periódicas com o intuito de estudar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para orientar as práticas, estruturar um programa de busca ativa para encontrar não só os pacientes faltosos, mas identificar pacientes com possível risco de desenvolver as doenças do Hipertensão como obesos; cadastrar no programa os pacientes da área, que veio ao serviço para buscar resolver algum outro problema; criação de um grupo de acesso irrestrito e sem imposições a população para estimular a troca de experiências e das vivências de como seus problemas de saúde afetam seu cotidiano para estimular o encontro de ferramentas para superar esses problemas.

As ações de promoção da saúde nos permitiu estimular a educação dos pacientes atingindo a 100% dos que foram atendidos na UBS, garantindo a avaliação, orientações sobre a importância de mudar o estilo de vida, praticar atividades físicas regulares e abandono do tabagismo. Além de proporcionar a percepção de que cada indivíduo é responsável pelo cuidado e controle da sua própria saúde e não apenas o fato de tomar a medicação resolverá todos os problemas de saúde.

Assim, com a solicitação regular dos exames que tem por objetivo avaliar fatores essenciais para se determinar o risco cardiológico dos pacientes, conseguiu individualizar as condutas para eliminar problemas futuros advindos da falta de medidas próprias a cada pessoa do hipertensão. Este programa tem por objetivo melhorar a assistência ao paciente portador de hipertensão e diabetes mellitus com o intuito de evitar que ele siga o curso da história natural de suas doenças que, em geral, evolui para complicações graves como o infarto do miocárdio, insuficiência renal, perda da visão e acidente vascular cerebral. Estas são as patologias mais comuns do paciente que não é adequadamente acompanhado e o hipertensão vem ao encontro dessa necessidade de se qualificar a assistência a esses pacientes.

Nesse sentido, criou-se o grupo hipertensão para ampliar as possibilidades de discutir as questões relativas à saúde e não só à doença e estimular os pacientes com baixa adesão ao tratamento, oportunizando as trocas de experiências entre os

participantes, bem como evidenciar a importância e necessidade de serem proativos, isto é, cuidarem da sua própria saúde.

Por fim, com a implantação da ação programática voltada aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus adscritos à UBS, bem como está incorporada à rotina do serviço, proporcionará uma maior coesão da equipe e a necessidade de se estar atento ao paciente cadastrado no programa HIPERDIA. Com isso consegue-se implantar as ações da intervenção em uma rotina da unidade e, por conseguinte, ampliar e melhorar ainda mais o cuidado com o passar do tempo.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Após um período considerável de análise da situação da unidade de saúde e da população adscrita, pude perceber que existe a necessidade de uma melhoria da assistência à saúde dos usuários que apresentavam hipertensão e diabetes. Visto ambas as doenças começam de forma silenciosa e muitas vezes passam despercebidas pelo próprio paciente, mas quando começam a manifestar os sintomas, muitas vezes já se tratam de um problema grave como acidente vascular cerebral, mais popularmente conhecido como “trombose” ou ainda, “derrame”.

Dessa forma, a decisão da escolha da ação programática que pudesse qualificar o serviço da unidade e buscar melhorias na assistência à saúde da população de hipertensos e diabéticos adscritos à UBS de Planície das Mangueiras, justifica-se pelos motivos citados no parágrafo anterior. O programa hiperdia é voltado para o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, através de uma assistência mais focada nas suas necessidades e na melhoria de sua saúde, além do estímulo à mudanças de estilo de vida, incorporação de hábitos saudáveis, prevenindo o surgimento de comorbidades ou agravamento da sua saúde, bem como estimulando a prática de exercícios físicos, combate ao tabagismo, evitar uma alimentação rica em doces e frituras, por exemplo.

Além disso a ideia de intervir nessas doenças específicas vem do fato de muitas pessoas da comunidade sofrerem dessas consequências como os vários pacientes que hoje se encontram em suas camas de domicílio sem poder andar em

decorrência da falta do cuidado com a hipertensão e a diabetes. Estes, na maioria das vezes, não tem culpa. Pois, nem mesmo eles, sabiam que tinham tais doenças, por serem “traíçoeiras”. Como havia falado antes, elas começam a dar sinais de seu aparecimento quando já tem vários problemas de saúde que causam sequelas muitas vezes irreparáveis a saúde de qualquer indivíduo.

Dessa forma, a intervenção, através do programa hiperdia teve por objetivo evitar que as pessoas com hipertensão e diabetes piorassem ao ponto de ficarem gravemente doentes e evoluíssem para situações graves conforme supracitado. Assim, além das medicações e dos exames, mostramos durante a intervenção a necessidade do paciente participar do cuidado a sua saúde com o incentivo a hábitos saudáveis de vida como se alimentar melhor e praticar atividades físicas, além de abandonar hábitos-ruins como o tabagismo. Isso tudo para evitar que as pessoas fiquem cada vez mais doentes, possíveis comorbidades e aumentar a expectativa e qualidade de vida destas.

Os resultados do projeto foram muito positivos, pois aumentamos a capacidade e a qualidade de atendimento a estes pacientes melhorando o acesso a unidade e reduzindo a dificuldade para receber atendimento, muito embora não seja o ideal, pois a nossa unidade de saúde ainda carece de alguns recursos, por exemplo estrutura física precária, conseguimos melhorar em vários aspectos como o agendamento sem necessidade de pegar filas, assegurar agilidade no retorno das consultas, marcação dos exames, renovação de receitas para conseguir a medicação na farmácia popular quando o posto não conseguir disponibilizar a medicação, dentre outros ganhos já comentados ao longo do texto.

Além disso reativamos o grupo do hiperdia, para estimular a troca de experiências entres os pacientes e a necessidade de se educar para obter melhores resultados na assistência à saúde destes pacientes.

Por fim, o projeto contribuiu com a melhoria da assistência aos portadores de hipertensão e diabetes vinculados à Unidade de Saúde da Fam Planície das Mangueiras do município de Natal-RN.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Após um longo processo de construção finalizamos mais uma etapa importante. O curso foi essencial em vários aspectos, pois durante esse ano em que trabalhei na atenção básica permitiu transformar meu olhar sobre a atenção primária a saúde.

A primeira unidade - Análise Situacional, me permitiu entender a estrutura da unidade de saúde, bem como sua relação com a comunidade a qual está inserida em um contexto social no qual as pessoas têm um baixo poder aquisitivo, pouco acesso à educação e com pouco apoio da gestão municipal, que se prende mais a números em detrimento da qualidade. Pude perceber as inúmeras necessidades dos pacientes e refletir sobre como atuar da melhor forma possível no intuito de mudar a realidade local. Isso de forma duradoura e útil à população, ajustando os meus conhecimentos aos poucos recursos que dispunha para intervir de forma eficaz e com qualidade.

Além disso, o contato com os casos clínicos bastante úteis e centrados em situações muito próximas da realidade, se tornaram fonte constante de ampliação de conhecimentos e se reverteram em melhor qualidade da assistência à população, pois demonstravam detalhes interessantes sem se perder em minúcias desnecessárias.

Com os conhecimentos teóricos e com a análise da situação concluída, prossegui para a análise estratégica, que permitiu definir diversos pontos importantes. Por exemplo, onde atuar e dar prioridade a aspectos de maior relevância. Além disso, permitiu estabelecer um cronograma e propor metas, baseados em uma razão adequada para a realidade local da minha unidade, enfatizando determinados fatores que teriam maior impacto na saúde e na assistência à saúde da comunidade. Sem esquecer de como atingir os objetivos estabelecidos e como articular a logística e viabilizar um projeto para intervir na realidade do serviço da UBS.

Até o início da intervenção propriamente dita, com o auxílio das planilhas de indicadores criadas pelo curso que se mostraram essenciais na condução do projeto

ao alimentar estas com os dados das fichas-espelho que, automaticamente, mostravam as porcentagens alcançadas, ao longo do projeto, dessa forma eram feitas reuniões para adequar ações para resolver problemas da assistência como por exemplo delinear novas estratégias de acolhimento e para facilitar o acesso do paciente ao serviço de saúde. Através desta análise, foi possível perceber a necessidade de modificar dinamicamente a intervenção à medida que a mesma evoluía.

Isso tudo representou em um aprendizado que levarei para a minha vida profissional e com certeza trará muitos bons frutos, pois eleva a qualidade do trabalho ao qual estamos inseridos e nos dá mais segurança para realizar outros projetos no futuro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) (Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira De Hipertensão; Sociedade Brasileira De Nefrologia. **V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA)**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Revista brasileira de Hipertensão. Volume 17, Número 1, janeiro/março de 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; Sociedade Brasileira De Nefrologia. **Diabetes mellitus: recomendações nutricionais.** [S.l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2005a (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/11-DiabetesR.pdf>. Acesso: 09 de setembro de 2013

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002. cap. 12, p.419-420.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha espelho para coleta de informações



 Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]



 Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

[illegible]

ANEXO B
Termo do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

